DIE ROLLE DER GESTÖRTEN, KINDLICHEN IDENTIFIKATION BEI PSYCHISCH KRANKEN

Ulrich Gelzleichter

1971

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Prof. Dr. H. HIPPIUS

DIE ROLLE DER GESTÖRTEN, KINDLICHEN IDENTIFIKATION BEI PSYCHISCH KRANKEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ulrich Gèlzleichter
aus Ellwangen/Jagst

München 1971

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Prof. Dr. H. DIETRICH
Korreferent:	Prof. Dr. H. HIPPIUS
Dekan:	Prof. Dr. W. SPANN

Tag der mündlichen Prüfung: 6.4.1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALTSVERZEICHNIS

ERSTER TEIL: Einführung

I. Problemstellung

II. Begriffsbestimmung der Identifikation

III. Bedeutung der Identifikation für die seelische Entwicklung:
1. primäre Identifikation
2. sekundäre Identifikation
3. Identifikation in der ödipalen Phase
4. tertiäre Identifikation

ZWEITER TEIL: Methodischer Teil

I. Definition der gestörten Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil:
A. quantitative Störungen
B. qualitative Störungen

II. Material

III. Methode und Kritik

DRITTER TEIL: Klinischer Teil

I. Ergebnis der Untersuchung bei männlichen, psychiatrischen Patienten

II. Ergebnis der Untersuchung bei weiblichen, psychiatrischen Patienten

III. Ergebnis der Untersuchung bei vergleichender Betrachtung

IV. Ergebnis der Untersuchung bei neurologischen Patienten

VIERTER TEIL: Psycho-dynamischer Teil

Interpretation der Einzelergebnisse

FÜNFTER TEIL:

I. Zusammenfassung

II. Schlussbetrachtung

III. Anhang

IV. Literaturverzeichnis

ERSTER TEIL: EINFÜHRUNG

I. PROBLEMSTELLUNG

Es ist Ziel dieser Arbeit zu untersuchen, ob und in welchem Ausmass zwischen einer gestörten Identifikation, im Kindesalter eines Menschen, und seinem späteren Schicksal eine Beziehung vorliegt.

Einengend wird bereits von Patienten ausgegangen, die ein deutlich neurotisches oder psychotisches Schicksal zeigen, durch das sie zu stationärer Aufnahme in der Münchner Universitätsnervenklinik gezwungen waren. Aus den Krankenberichten eines Jahrganges dieser Patienten wird versucht, festzustellen, wieviele Patienten eine gelungene bzw. eine gestörte Identifikation in ihrer Kindheit hatten.

Da wir das Ganze unter dem Gesichtspunkt betrachten wollen, dass dies Schicksal des psychischen Krankseins auch immer den Aspekt des Scheiterns in der sozialen (gemeint ist: zwischenmenschlichen) Realität trägt, in der der Patient eine bestimmte Rolle als Mann oder Frau zu erfüllen hätte, wird speziell die kindliche Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil untersucht.

Wir legen damit den Gedanken zu Grunde, dass der gleichgeschlechtliche Elternteil einen entscheidenden Einfluss darauf ausübt, inwieweit diese soziale Aufgabe vom Einzelnen gemeistert wird. Was dazu berechtigt, wird später genau ausgeführt werden.

Darüberhinaus werden mit vergleichender Methode Krankenberichte neurologischer Patienten untersucht. Diese können als Vergleichsgruppe gesehen werden, in der die Erfüllung der männlichen und weiblichen Erwachsenenrolle den Verhältnissen in der allgemeinen, "psychisch gesunden" Bevölkerung entspricht.

Zur Klärung des Themas bietet sich zunächst an, den Begriff der Identifikation zu bestimmen, die Rolle der Identifikation in der psychischen Entwicklung des Einzelnen zu umreissen und dann darzulegen, was unter gestörter bzw. gelungener Identifikation zu verstehen ist.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNG DER IDENTIFIKATION

Die Identifikation mit einer anderen Person meint, im psychologischen Sinne, eine Veränderung des eigenen Erlebens, so dass bestimmte Vorstellungen, Gefühle und Wahrnehmungen so erlebt werden, wie bei dieser anderen Person. Sich in einem bestimmten Bereich des Erlebens identifiziert haben, heisst also: hierin dem anderen gleich sein! Es ist dies mehr als blosse Nachahmung oder Bewunderung, Mitleidenschaft oder Sympathie.

Dynamisch gesehen, handelt es sich bei der Identifizierung um eine Verschiebung seelischer Energien.
Energie, die bisher für die Beziehung zu einem Objekt verwendet wurde, wird nun, nachdem Qualitäten dieses Objektes im eigenen psychischen Bereich vorliegen, für innerpsychische Prozesse verwendet, - aus Objektlibido ist wieder narzißtische Libido geworden (S. Freud).

Damit wird schon ein bedeutsamer Zug der Identifikation angedeutet, nämlich: Identifikation als Mittel,sich von einem Objekt, einem Bestandteil der Aussenwelt zurückzuziehen. Dazu Nunberg: "Die Identifikation, die auch Introjektion genannt wird, ist somit das primitivste Hilfsmittel um gewisse, eine bestimmte Intensität übersteigende Reize, die bei Durchbruch des Reizschutzes traumatisch wirken würden, abzuwehren." Hier wird die Identifikation als Abwehrmechanismus im Falle der Bedrohung seelischen Gleichgewichts, angesehen.

Genauer haben wir zu sprechen von einer totalen und einer partiellen Identifikation, je nachdem, ob ein Objekt ganz aufgegeben wird oder nur einzelne Qualitäten übernommen werden. Diese letztere Verhaltensweise ist ein allgemein-psychischer Vorgang. "Wir identifizieren uns in jedem Augenblick mit jemandem. Darauf, unter anderem, scheint die Möglichkeit eines gegenseitigen Verständnisses zu beruhen" (Nunberg).

Ebenso ist die Identifikation als häufiger Mechanismus bei neurotischen und psychotischen Verhaltensformen zu finden. Wobei sie im ersteren Falle meist eine partielle ist, im Gegensatz zu manchen psychotischen Zuständen, wo sie total sein kann, wie z. B. bei schweren endogenen Depressionen mit Suizid oder bei der sog. Folie à deux.

Um jedoch allen Aspekten der Identifikation gerecht zu werden, und vor allem um ihre Bedeutung für die normale Entwicklung, die ohne Zweifel eine wesentliche Bedingung für ein gesundes Schicksal des Individuums darstellt, aufzuzeigen, soll nun die genetische Betrachtungsweise gewählt werden.

III. BEDEUTUNG DER IDENTIFIKATION FÜR DIE SEELISCHE ENTWICKLUNG

Keine Rolle spielt die Identifikation während der frühesten Entwicklungsphase des Säuglings, da er sich hier in einem Zustand befindet, wo Aussenwelt und Innenwelt nicht abgegrenzt werden können. Verschiedene Autoren sprechen von einer "undifferenzierten Phase" (H. Hartmann), "einer Masse zu zweit" (S. Freud), "Dyade" und "anaklitisch-diatrophische Beziehung" (R. Spitz), womit jeweils Aspekte dieser Dualunion Mutter-Kind betont werden. Triebtheoretisch spricht Freud vom "Zustand des primären Narzißmus".

1. Zum ersten Mal tritt die Identifikation auf beim Übergang zur oralen Stufe, in der es die Hauptbeschäftigung des Kindes ist, real-körperlich zu introjezieren. Das psychische Äquivalent dazu ist die sog. "primäre Identifikation" oder auch "Uridentifikation" (W. Loch). Sie ist als Vorläufer der eigentlichen Identifikation anzusehen, hat jedoch wesentliche Aufgaben als "Mitursache des Ich-Aufbaues und der Abscheidung des Ich's von der Aussenwelt" (A. Freud). J. Sandler definiert: "... bei primärer Identifikation verschmilzt das rudimentäre Selbstschema mit dem einer anderen Person" (1960). Dies erinnert uns, dass beim Säugling von einem "Selbst" (E. Erikson) als "Gesamtheit der eigenen Person" (H. Hartmann) zu sprechen ist, da ein "Ich" im analytischen Sinne, d.h. als ein Begriff, der nur durch seine Funktionen definiert werden kann, erst entwikkelt werden muss.

   Dynamisch stellt die primäre Identifikation ein "Triebschicksal" (H. Eppel) dar, da das Triebverlangen sich ihrer bedient, um im Falle einer Frustration unabhängig vom Triebziel zu werden. Die psychische Introjektion dient sowohl der allmählichen Abgrenzung von Aussen- und Innenwelt, als auch der Differenzierung von Triebverhalten und Ich-verhalten.

   Es ist jedoch sehr schwierig, für diese Phase exakte Termini zu definieren, oder deutlich zu postulieren, was nun bei diesen Prozessen Voraussetzung und was Ergebnis sein muss.

   So lehnt z. B. Erich Neumann den Begriff des "primären Narzißmus" ab, da es sich ja nicht um einen Ich-ähnlichen Vorgang im Unbewussten, sondern um einen Zustand des "So-Vorgefunden-Werdens" handelt, also keine Identifizierung stattfindet, sondern eine Identitätskonstellation vorliegt. Er spricht auch nicht von einer Entwicklung der Objektlibido aus dem narzißtischen Zustand, sondern von Verschiebungen auf der "Ich-Selbst-Achse" usw.

   Festzuhalten bleibt, dass die Uridentifikation zu den frühesten Entwicklungsbedingungen gehört, zur Lösung der Dualunion und zur

Bildung von "Ich-Kernen" (E. Glover) nötig ist. Sie schafft die Möglichkeit, eine dauernde Beziehung unabhängig vom Bedürfniszustand zu bilden, d.h. "Objektkonstanz" zu erleben.

Kurz gesagt: die primäre Identifikation tritt auf in der Individuationsphase (Mahler, Gerline) und ist wichtig für die Ich-Bildung.

2. Hat sich also ein rudimentäres Ich gebildet, so kann dann die eigentliche oder "sekundäre Identifikation" stattfinden, die als Ergebnis eine Veränderung im Ich zeigt. Mit J. Sandler kann von sekundärer Identifizierung gesprochen werden, wenn das "Ich-Schema auf der Basis gegenwärtiger oder vergangener Wahrnehmung eines Objektes entsprechend abgewandelt wurde".

Es führen die Identifizierungen dieser Phase zu Vorläufern des Über-Ich. Über-Ich ist hier im weiteren Sinne gemeint, als strafende (= Über-Ich im engeren Sinne) und als wunscherfüllende Instanz (= Ich-Ideal). Jetzt dienen die Identifizierungen zur Beherrschung von Objektbeziehungen und zur Angstabwehr.

Deutlich tritt die Ambivalenz des Identifizierungsmechanismusses hervor: unter Verzicht auf direkte Triebbefriedigung am Objekt bietet sich das Ich an Stelle des Objektes an und versucht, so zu sein wie das Objekt. Der aggressive Aspekt dabei ist die Beseitigung des Objekts, der libidinöse, dass das Objekt zum Vorbild genommen wird.

Handelt es sich hierbei um einen normalen Entwicklungsvorgang, so lässt gerade diese Ambivalenz, mit der Gegensätzliches scheinbar vereinbart werden kann, die Eignung der Identifizierung zur neurotischen Symptombildung erkennen.

Geht man auf die Über-Ich-Entwicklung näher ein, so lässt sich bezüglich der Identifizierung für die präödipalen Phasen folgendes sagen:

Zunächst steht das Erleben von Unlustempfindungen im Vordergrund, danach lernt das Kind, auf manche Wunscherfüllungen zu verzichten und elterliche Forderungen zu befolgen, vornehmlich aus Angst vor Liebesverlust. Auf der Stufe der sekundären Identifikation werden einzelne Forderungen verinnerlicht und funktionieren als "Vorläufer des Gewissens" (J. Lample de Groot), aber noch als von aussen kommende Restriktionsinstanz. Anna Freud spricht von einer "Zwischenstufe der Moral", wo vor allem die Identifizierung mit dem Angreifer und anschliessend die "Projektion der Schuld" geübt werden.

Deutlich erkennbar wird dieser Wechsel von Identifikation und Projektion auch bei der Ich-Idealbildung. Hier steht zunächst die rein halluzinatorische Wunscherfüllung im Vordergrund, anschliessend treten Grössen- und Allmachtsphantasien bezüglich des Selbst

auf, die jedoch mit zunehmender Erkenntnis der Realität projektiv den Eltern zugeschoben werden müssen. Es kommt zur Idealisierung der Eltern, mit dem Ziel, sich identifikatorisch an diesen Idealfiguren zu befriedigen. So eignet sich das Kind nicht nur Einzelverbote als Vorläufer des verbietenden Über-Ich an, sondern auch Ich-Ideal-themen als Vorläufer des Ich-Ideals, die zur Wunscherfüllung dienen.

3. Von einem strukturierten Über-Ich wird ja erst gesprochen, wenn die ödipale Phase überwunden wurde, und das Kind in die Latenzphase eintritt. In der Überwindung des Ödipuskomplexes liegt eine der Hauptaufgaben der Identifikation, bzw. bei einer Störung sind hier die gewichtigsten Folgen für das spätere Schicksal zu erwarten.

Es erscheint hier nicht notwendig, die Ödipuskonstellationen, wie die vollständige, umgekehrte, negative usw. im einzelnen oder ihre Mischungsverhältnisse bei normaler Entwicklung, ihre vielfältigen Störungsmöglichkeiten darzulegen, da dies an berufenerer Stelle ausgiebig und wiederholt geschehen ist. Deshalb sei nur darauf hingewiesen, dass zwar während der ödipalen Konstellation sowohl Vater- wie Mutteridentifikationen stattfinden, dass es jedoch für die Auflösung des Komplexes entscheidend ist, dass beim Knaben die Identifikation mit dem Vater die überwiegende ist, damit er in Stande gesetzt wird, die Beziehung zur Mutter zu desexualisieren und die männliche Rolle als eigene zu akzeptieren.

Beim Mädchen muss durch andersartige Entwicklung, eingeleitet durch den Penisneid, die analoge Endsituation erreicht werden, nämlich überwiegende Identifikation mit der Mutter, was zur Annahme der weiblichen Rolle führt.

Da die Beziehung des Kindes zum gleichgeschlechtlichen Elternteil in der ödipalen Phase eine ambivalente ist, wird durch die Identifizierung, die eine Einschränkung dieser Beziehung mit sich bringt, auch Aggression vom Objekt abgezogen. Diese aggressiven Energien kann sich das entstehende Ich zunutze machen, um die einschränkenden Forderungen gegen die sexuellen Triebimpulse und die Ichfunktionen durchzusetzen. Das strafende Über-Ich bezieht seine Macht aus den Energien der zum Teil aufgelassenen Objektbeziehung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, die ursprünglich dem Es entstammt. Also bezieht das Über-Ich seine Kraft vom Es. Die libidinösen Anteile der durch Identifizierung beschränkten Beziehung, spielen für die Beziehung von Ich zu Ich-Ideal eine Rolle.

Liegen am Ende der Ödipusphase die wesentlichen Inhalte und das Mass der Strenge des Über-Ich als "Erbe des Ödipuskomplexes" (S. Freud) fest, so tritt das Kind in die Latenzphase ein.

4. Dennoch hat auch jetzt die Identifikation noch eine Funktion für die weitere Entwicklung, speziell für die Modifizierung und Ergänzung des Über-Ich. So werden z. B. Führerpersonen durch Projektion ausgewählt und dann als sog. "Ich-Idealersatz durch das Objekt" einverleibt.

Weiter kann man von einer "tertiären Identifizierung" sprechen, worunter die Identifikation mit Gruppenmitgliedern zu verstehen ist. S. Freud sieht hier die "Wurzel des sozialen Gewissens", indem Gruppenmitglieder (als anfängliche Rivalen) sich auf der Basis entdeckter Gemeinsamkeit (wie: gleiche Liebe zu Eltern und zu einem Führer), der gleichen Forderung (nämlich Verzicht auf Führerperson) unterwerfen.

Auch diese tertiäre Identifizierung mit Geschwistern, Schulkameraden usw. trägt zur Bildung von echten und oft dauerhaften Objektbeziehungen bei, welche notwendig sind, um die Konflikte der folgenden Pubertät und des Erwachsenseins ohne Regressionen erleben zu können.

Die Pubertät bringt unter anderem auch eine Erschütterung der Ich-Überich-beziehung durch starke Triebvorstösse, die vom Inzestverbot des Über-Ich abgewehrt werden müssen. Der Pubertierende sucht nach neuen Idealobjekten, weniger um sein Ich-Ideal zu verändern, als vor allem, die eigenen Über-Ichpositionen zu verstärken, aus Angst vor der eigenen Triebstärke (A. Freud).

Die verstärkt, unbewusst, im Wechsel wirkenden Projektionen und Identifikationen aber bringen eine Gefährdung der Fähigkeit dauernde, echte Objektbeziehungen zu unterhalten mit sich, insbesondere, wenn durch frühere Störungen Verzerrungen im Einfluss von Über-Ich und Ich-Ideal vorliegen.

Bedeutsam für die zu sichernde Geschlechtsrolle ist, ob die prägenitalen Regungen ihr Gewicht zugunsten der genitalen Organisation eindeutig festlegen, d. h. sich unterordnen. Das Mädchen hat seine Männlichkeitswünsche und der Knabe seine Kastrationsangst endgültig zu bewältigen, damit die sexuellen Strebungen nicht auf Kindheitsobjekte, sondern auf neue, geschlechtsadäquate Ziele gerichtet werden.

Im Idealfall bringt die Pubertät weniger qualitative Veränderungen der Strukturanteile als quantitative mit sich: das Ich-Ideal sollte nun gemildert sein, um nicht vorwiegend Minderwertigkeitsgefühle auszulösen, und das Über-Ich kann Triebbefriedigungen durchaus billigen, vor allem solche genitaler Art, da diese ja auch gesellschaftlich akzeptiert werden. Also bringen die zahlreichen Identifikationsversuche dieser Phase normalerweise ein gemildertes Über-Ich und gemässigtes Ich-Ideal als Ergebnis, wodurch der Einzelne in seiner männlichen oder weiblichen Rolle der sozialen Rea-

lität am besten, d.h. ohne krankheitsauslösende Konflikte, gerecht werden kann.

Nachdem der Einzelaspekt Identifikation in der normalen Entwicklung des Individuums, d.h. vorwiegend die gelungene Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil,betrachtet wurde, ergeben sich hieraus die Bedingungen, die wir als gestörte Identifikationsverhältnisse definieren können.

ZWEITER TEIL: METHODISCHER TEIL

I. DEFINITION DER IDENTIFIKATIONSSTÖRUNG

Es gibt verschiedene Ansatzpunkte an denen der Identifizierungsvorgang gestört sein kann, ebenso verschiedene Arten der Störung. Zum ersteren gehören die zeitlich nacheinander einsetzenden Störungsmöglichkeiten, die Störung von Seiten des Kindes und die von Seiten der Eltern. Zum letzteren gehören quantitative und qualitative Arten der Störung.

Der Zeitraum der Störung ist insofern von Bedeutung, als die gleichen Störungsarten zu verschiedenen Zeiten auf die sich entwickelnden seelischen Funktionen unterschiedliche Wirkung haben. Natürlich beeinflussen frühe Störungen die Entwicklung späterer Phasen nachteilig und bestimmen das einzelne Schicksal nachhaltiger als späte Störungen, die bereits eine weiterentwickelte Persönlichkeit mit vielen Verarbeitungsmöglichkeiten und grösserer Unabhängigkeit,antreffen.

Was die Störungsmöglichkeiten von Seiten des Kindes angeht, so wäre eine intellektuelle und sensorische Unfähigkeit die notwendigen Wahrnehmungen, Empfindungen und Gedanken auszuführen, zu nennen.

Obwohl eine einfache Minderbegabung allein als Identifikationsstörung nicht gelten kann, denn es werden bei einem solchen Kind dann eben weniger differenzierte Identifikationsinhalte vorliegen. Über-Ich und Ich-Ideal werden unkompliziert strukturiert. Die Objektbeziehungen erstrecken sich auf einfache Kommunikationsbereiche, aber die Rollen als Ehemann oder Mutter können durchaus erfüllt werden, wenn die geistigen und affektiven Fähigkeiten an sich dies leisten können.

Es gilt zwar, dass die Beeinflussung zwischen Mutter und Tochter, Vater und Sohn eine gegenseitige ist, also das Kind auch Veränderungen an der Persönlichkeit des Erwachsenen bewirkt, aber im allgemeinen ist die Beeinflussung eine sehr ungleiche. Die gesicherte, ziemlich unabhängige und mächtige Person des Erwachsenen beeinflusst das abhängige, seelische und geistige Funktionen erst erlernende Kind in ungleich stärkerem Masse, als dieses ihn.

Analoges gilt deshalb für die Möglichkeit, die Identifizierung von Seiten des Kindes zu stören. Das Kind braucht Identifizierungen als Entwicklungsfortschritte und ist daher dem Identifkiationsobjekt weitgehend ausgeliefert.

A. Geht man auf die Art der Störung ein, so finden wir bei den <u>quantitativen Störungsmöglichkeiten</u> als

Fall 1: Völliges Fehlen eines gleichgeschlechtlichen Identifikationsobjektes.

Fall 2: Häufiger kommt es im Verlauf wichtiger Entwicklungsschritte zum Verlust des gleichgeschlechtlichen Elternteiles. Tritt dies im Kleinkindesalter auf und bietet sich dem Kind nicht früh genug ausreichender Ersatz an, so ist einsehbar, dass hier von einer Identifikationsstörung gesprochen werden darf. Wann genau der Verlust eintreten muss und wie lange der Mangel eines geeigneten Objektes andauern muss, um den Tatbestand der gestörten Identifikation zu erfüllen, lässt sich nur im Einzelfall festlegen.

Hier ist mit gestörten Identifikationsbedingungen immer ausgedrückt, dass dieser Zustand lange genug andauerte, so dass die Aufgaben, die die Identifikation während der in Frage kommenden Entwicklungsphase gehabt hätte (wie im ersten Teil zu zeigen versucht wurde), nicht erfüllt werden konnten.

Fall 3: Ein Zustand, der in Kinderheimen und Waisenhäusern wohl häufig gegeben ist,und den man als "Mangel an Identifizierungsmöglichkeiten mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil" bezeichnen kann. Es ist zwar ein Objekt vorhanden, aber die tatsächliche Beziehung ist quantitativ zu gering. Folgen sind besonders eine unzureichende Uridentifikation in frühester Zeit, oder später ein zu geringer Identifizierungsanreiz, der Entwicklungshemmungen, bezüglich der Objektbeziehungen, setzt.

Eine Zwischenstellung zwischen quantitativer und qualitativer Störung nimmt ein,

Fall 4: Das Kind hat es mit mehreren gleichzeitigen oder häufig wechselnden Identifikationsobjekten zu tun. Solche Vielfältigkeit an Introjekten gefährdet die Strukturierung von Ich-Ideal und Über-Ich, da das Ich des Kindes die schwierige Aufgabe zu lösen hat, einerseits die Introjekte untereinander zu vereinbaren und andrerseits diesen nötigen Kompromiss mit der gerade familiär dominierenden Bezugsperson in Einklang zu bringen.
Extreme Formen der Subsysteme des Ich an Labilität oder Starrheit werden das Ergebnis sein.

B. Als qualitative Störungen zählen folgende Möglichkeiten, beginnend mit

Fall 5: Das Kind ist einem psychotischen Elternteil des gleichen Geschlechts lange Zeit ausgesetzt.

Fall 6: Der betreffende Elternteil zeigt so ausgeprägt neurotische Züge, dass er unter ärztlicher Aufsicht und Therapie steht oder gestellt werden müsste, z.B. schwere Zwangsneurotiker, Phobiker usw.

Nun gibt es aber auch verschiedene elterliche Verhaltensweisen, die zwar nicht unter Fall 5 oder 6 gezählt werden können, die aber trotzdem im Kind ein erheblich verfälschtes Bild von gesellschaftsadäquater Vater- oder Mutterrolle entfernen. Dazu gehört als

Fall 7: Männer und Frauen, die ihre Geschlechtsrolle unbewusst nicht akzeptieren konnten und sich Verhaltensweisen, besonders im familiären Rollenspiel zu eigen machten, welche nach geltender Gesellschaftsnorm eher dem anderen Geschlecht zufallen. In diesen Ehen stellt die Mutter häufig den dominierenden Teil dar, der das familiäre Geschehen nach seinen unbewussten Bedürfnissen dirigiert. Diese Mütter werden aus der bewusst erinnerten Sicht der Töchter dargestellt als: energisch, streitsüchtig, herrschsüchtig, der Teil, der die Kinder bestrafte und erzog. In manchen Fällen haben Mütter ihren Töchtern zusätzlich auch verbal die weibliche Rolle, aus eigener Ablehnung, abgewertet.

Eine andere Variante in dieser Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle, neben dem "dominierenden Typ" ist der "kastrierende Typ" (K. Abraham), der aktiv nicht darauf aus ist, Mann sein zu wollen, sondern sich mehr auf das passive Kaputtmachen des männlichen Partners verlegt hat. Dabei wird nun bei der Tochter, die in der Mutter die ungelöste Kastrationsproblematik wieder aktualisiert, durch das abwehrbedingte Fehlverhalten der Mutter, die Grundlage für das Nicht-annehmen-können der eigenen Geschlechtsrolle gelegt. Auf analoge Weise kann auch beim Knaben einem neurotischen Schicksal Vorschub geleistet werden.

Eine weitere Gruppe elterlicher Verhaltensweisen, die zu Fehlidentifikationen führen, bildet

Fall 8: Väter und Mütter, die moralisch und sozial abnorm handeln. Das heisst nun keineswegs, dass deshalb z.B. alle Knaben, die früher ungeeignete Identifizierungen mit einem soziopathischen Vater vollzogen haben, ebenfalls ein späteres dissoziales Verhalten zeigen müssen. Nimmt man den Fall, wo der Knabe den Vater auch in der Kindheit ablehnte, so wird er auch die frühen Identifikationen abwehren, vielleicht verdrängen, so dass später ein genau gegensätzliches Verhalten des Sohnes resultieren kann. Dennoch ist die Entwicklung störend beeinflusst und es besteht die Gefahr, dass die Belastung, gegeben durch permanente Abwehr, durch hinzutretende, äussere Faktoren zu gross wird.

Wenn Nunberg schreibt: "... die ursprünglichen Identifikationen jedoch scheinen unzerstörbar zu sein ...", dann bedeuten solche frühen Fehlidentifikationen immer eine ökonomische Belastung, eine schwache Stelle im Charakter.

Zu diesen qualitativen Störungsmöglichkeiten, bei denen meist die Identifizierungsobjekte ungeeignet waren, kommt noch die Möglichkeit hinzu, dass der Vorgang der Identifizierung selbst störend beeinflusst wird. So im

Fall 9: Die Bindung zum gleichgeschlechtlichen Elternteil ist gestört. Das Kind wehrt die Identifizierung ab, oder es neigt zu

übermässiger, totaler Identifikation (z.B. aus Angst vor Liebesverlust) oder es identifizeirt sich nur schwer und deshalb selten. Im letzteren Fall bewirkt dies Gefühle von Eisamkeit, Fremdheit, Mangel an Verständnis und Mitgefühl, auf jeden Fall eine grosse Belastung der Umweltbeziehungen.

Das Verhältnis zum Identifikationsobjekt kann nun durch verschiedene Ursachen getrübt sein. Verwenden wir z.B. die folgenden Angaben: dass die Tochter die Mutter hasst, dass sie von zu Hause fortlief, dass sie nie Wärme und Liebe bei der Mutter gefunden hat, dass die Kinder häufig weggegeben wurden, dass Bestrafung und Zärtlichkeit unberechenbar wechselten usw. So hört man allein aus der Art der Darstellung das Motto der Tochter heraus, nämlich: "Nicht so sein zu wollen wie die Mutter"! In unserer Gesellschaft gehört es jedoch noch zur Rolle der Frau, Mutter sein zu können. Deshalb bedeutet es ein Versagen in der eigenen Geschlechtsidentität, wenn das Mädchen die seelische Einstellung einer "Primären Mütterlichkeit" (D.W. Winnikott, 1940) nicht besitzt. Es gehört aber zu den Voraussetzungen für echte Mütterlichkeit die frühe Erfahrung der Mutter, selbst bemuttert worden zu sein (E.H. Erikson, 1966).

Weiter kann die Ehe der Eltern ein so ungünstiges emotionales Klima schaffen, dass die Identifizierungsvorgänge im obigen Sinne negativ beeinflusst werden. Ehen, in denen häufig Streit herrscht, der Vater die Mutter und Kinder oft schlägt, ein Elternteil für längere Zeit verschwindet usw., also Verhältnisse, die als "broken home" bezeichnet werden können, gehören hierzu.

Ist in einem solchen Fall der gleichgeschlechtliche Elternteil der weniger gestörte, also der, auf dessen Seite die Kinder stehen, der mehr geliebt wird, so kann der Identifikationsstörung etwa folgendes, unbewusste Motto zu Grunde liegen: "Wenn die Rolle des Mannes oder der Frau derart leidvoll ist, so muss ich es vermeiden, diese Rolle später selber spielen zu müssen oder mit Vertretern des andern Geschlechts zu nahe in Beziehung zu kommen." Es ist aber Bestandteil normalen Mannseins, dieselbe Frau sexuell und zärtlich lieben zu können. Analoges gilt für die Frau.

Man könnte noch eine Reihe von Einzelfällen aufzählen, die als Störmöglichkeit in Frage kommen, aber letztlich gilt für diese Gruppe gemeinsam, dass das Kind in seinen unbewussten Projektionen und Identifikationen durch das gestörte affektive Klima, durch die gequälten Züge im elterlichen Verhalten in seiner notwendigen Identitätsfindung erheblich verunsichert wird.

II. MATERIAL

Das gesamte Material dieser Untersuchung waren Krankenberichte aus der Universitätsnervenklinik München. Untersucht wurden zunächst die psychiatrischen Krankenblätter des Jahrganges 1965 der männlichen und weiblichen Patienten, zusammen 888 Fälle und weiterhin die neurologischen Krankenberichte desselben Jahres, ebenfalls männlicher und weiblicher Patienten, zusammen 1222 Patienten.

Nicht berücksichtigt wurden Patienten, die nur zu Durchführung eines psychologischen Tests oder einer klinisch-neurologischen Untersuchung aufgenommen worden waren, oder Patienten, die die Klinik verliessen, bevor eine eindeutige Diagnose gestellt worden war.

Dagegen wurden miteinbezogen Gutachtenfälle, wenn bei den Untersuchten ein Zustandsbild vorlag, das eine klare Eingliederung in eine der nachfolgend aufgeführten Diagnosegruppen erlaubte (s. S.17).

III. METHODE

Jeder Patient wurde zunächst nach seinem aktuellen Krankheitsbild in eine der vier Gruppen eingegliedert. Daraufhin wurden die Krankenblätter nach Angaben untersucht, die über die Lebensumstände in der Kindheit, insbesondere das Verhältnis zum gleichgeschlechtlichen Elternteil Auskunft geben.

Gewertet wurden nicht nur die Angaben des Patienten, sondern auch die der Eltern und die dritter Personen über die Familienverhältnisse. Am besten verwertbar waren die Krankenblätter, in denen aus den Angaben mehrerer Personen hervorging: die Rollenverteilung der einzelnen Familienmitglieder, das emotionale Klima und spezielle Verhaltensweisen der Eltern und des Kindes.

Nach Wertung aller Angaben wurde der Patient in die Kategorie "gestörte" oder "gelungene" Identifikationsverhältnisse oder "nicht ausreichende Angaben" eingegliedert.

1. Als "gelungene Identifikationsverhältnisse" gelten Aussagen über eine positive Beziehung zum entsprechenden Elternteil, denen nicht andere Daten widersprechen. Das wären Daten, aus denen hervorginge, dass die Angaben des Patienten bewusst oder unbewusst nicht den kindlichen Lebensbedingungen entsprachen.
2. Als "gestörte Identifikationsverhältnisse" gelten Aussagen, die mindestens einer der obigen Ausführungen über gestörte Identifikation

völlig entsprechen. In der Mehrzahl der Fälle trafen zwei oder mehr Bedingungen, besonders bei den qualitativen Störungen, zu.

Es wurde hier nicht weiter in Gruppen nach der vorherrschenden Art der Störung unterteilt, da ein spezifisches Ergebnis, durch die Methodik dieser Untersuchungsart bedingt, nicht zu erwarten ist. (Z. B. konnten amerikanische Untersuchungen von Th. Lidz u. a., die persönliche Befragungen zur Grundlage hatten, keine spezifischen Beziehungen zwischen schizophrenem Zustandsbild und den Einzelheiten der frühkindlichen Umweltbedingungen herstellen.)

3. Als "nicht verwertbare Angaben" gelten solche, die widersprüchlich erscheinen und bei denen die falschen nicht eruiert werden konnten. Ebenso wurden folgende Angaben als nicht verwertbar angesehen: zu Hause herrschten geordnete Verhältnisse; Geburt und frühkindliche Entwicklung normal; harmonisches Familienleben; Entwicklung unauffällig usw., da hieraus nicht festzustellen ist, wieweit der behandelnde Arzt sich um die tatsächlichen Verhältnisse gekümmert hat, oder ob er lediglich in Art einer direkten Frage den ganzen Komplex streifte.

Die Zusammenfassung der psychiatrischen Krankheitsbilder geschah, in Anlehnung an das an der Klinik verwandte Diagnoseschema, in vier Gruppen, deren genaue Unterteilung im Anhang nachzusehen ist:

Gruppe 14	=	schizophrener Formenkreis
Gruppe 15	=	cyclothymer Formenkreis
Gruppe 16 u. a.	=	Psychopathien, Süchte, Perversionen
Gruppe 18	=	Neurosen, hier wurde nicht nach Symptomen aufgeteilt, sondern nach der zu Grunde liegenden Neurosenstruktur des Patienten, bzw. nach dem überwiegenden Strukturanteil, da es sich meist um Mischstrukturen handelt.
Gruppe 18 a	=	depressive Neurosenstruktur
Gruppe 18 b	=	anankastische Neurosenstruktur
Gruppe 18 c	=	hysterische Neurosenstruktur
Gruppe 18 d	=	schizoide Neurosenstruktur.

IV. KRITIK DER METHODE

Der Haupteinwand gegen die Untersuchungsmethode wird sich speziell dagegen richten, dass hier die Aussagen in den Krankenberichten von verschiedenen Personen festgehalten wurden, die das Hauptgewicht einer Anamnese nicht in den gleichen Punkten sehen. Daher liegen in den Krankenberichten keineswegs gleichwertige, genormte Voraussetzungen vor.

Dieser Einwand ist richtig, doch wurden, um den Konsequenzen daraus zu begegnen:

1. die Kategorie "nicht verwertbar" für zweifelhafte Fälle eingeführt;
2. die Ergebnisse im Verhältnis zur Zahl sowohl der verwertbaren Krankenberichte allein, als auch der gesamten untersuchten Krankenblätter ausgedrückt und interpretiert;
3. keine spezifischen Aussagen über die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Arten von Identifikationsstörungen gemacht;
4. die Ergebnisse mit solchen von neurologischen Patienten verglichen, bei denen diese Schwierigkeit ebenso vorliegt, d.h. wie sich später zeigen wird, die Ergebnisse noch schwieriger zu gewinnen sind und die Aussage deshalb noch vorsichtiger und weniger spezifisch gehalten werden muss.

DRITTER TEIL: ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG

Von insgesamt 2110 untersuchten Krankenberichten waren 791 über weibliche und 1319 über männliche Patienten, gemäss der Verteilung des Jahrganges 1965. Die Geschlechtsverteilung sieht wie folgt aus:

Bei den 888 psychiatrischen Patienten in etwa ausgeglichen, mit leichtem Übergewicht der weiblichen Patienten, die 54,6 % gegenüber 45,4 % männlicher Patienten betragen.

Dagegen überwiegen bei den 1222 neurologischen Patienten die Männer mit 75,4 %.

Doch wenden wir uns zunächst den psychiatrischen Patienten zu, den Fällen also, wo sich zeigen soll, ob eine enge Beziehung zwischen Identifikationsstörung und "neurotischem Schicksal" besteht. Wie bei der Kritik der Methode bereits angedeutet, fand sich ein erheblicher Teil von Krankenblättern, deren Angaben als nicht eindeutig bzw. als nicht verwertbar zu gelten haben. Dies sind von den gesamten psychiatrischen Patienten 51,6 %, bei den Männern 49,8 % und bei den Frauen 52,1 %.

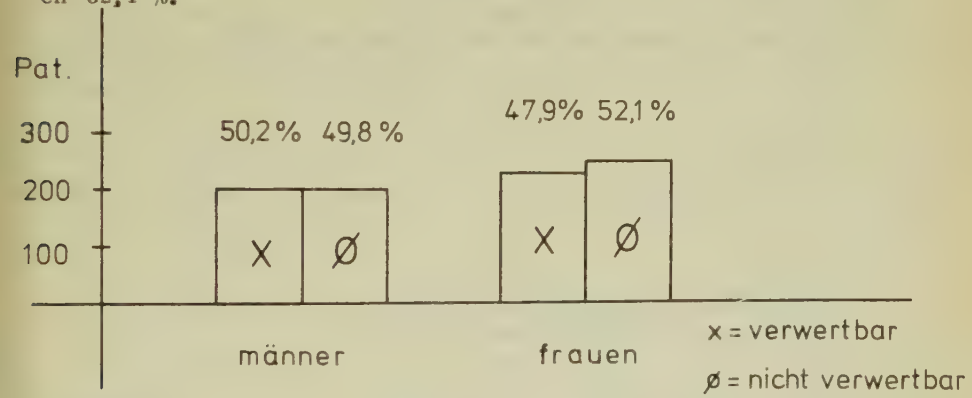

TABELLE 1

Verwertbarkeit der psychiatrischen Fälle

Dies bedeutet, dass keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Verwertbarkeit bestehen, wir also für die Beurteilung gleiche Voraussetzungen bei männlichen und weiblichen Patienten vorfinden.

I. MÄNNLICHE, PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Die Auswertung bei 403 männlichen Patienten ergibt, dass:

I.1 gestörte Identifikationsverhältnisse vorliegen bei 45,5 %
gelungene Identifikationsverhältnisse bei 4,7 %
nicht verwertbare Angaben bei 49,8 %.

I.2 Deutlich wird das Ergebnis, wenn wir feststellen, dass von 202 verwertbaren Krankenberichten bei
183 Patienten = 90,6 % gestörte und bei
19 Patienten = 9,4 % gelungene Identifikationsverhältnisse vorliegen.

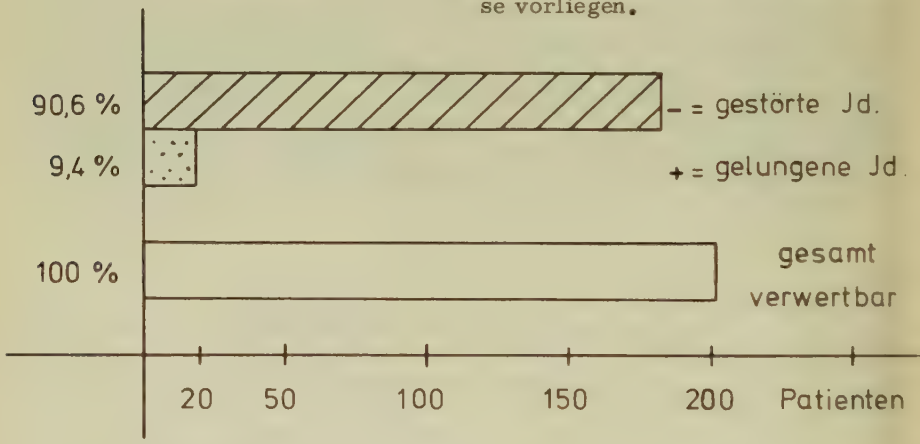

TABELLE 2

Identifikationsbedingungen bei männlichen Patienten
(siehe auch die Daten im Anhang Tab.2)

Halten wir diese erste Kernaussage noch einmal fest:
Von 202 männlichen Patienten, bei denen ausreichende Angaben über die kindlichen Identifikationsverhältnisse gefunden wurden, zeigten 90,6 % eine gestörte Identifikation mit dem Vater und 9,4 % konnten sich gelungen mit dem Vater identifizieren!

In der weiteren Auswertung wurde nun eine Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen vorgenommen:

I.3 Geht man zunächst von den 202 verwertbaren Fällen aus, so zeigt

sich die höchste Rate an gestörten Identifikationsverhältnissen mit 95,8 % bei der Gruppe 18, gefolgt von 93,8 % bei der Gruppe 16 u.a., 87,8 % bei der Gruppe 15 und 75,0 % bei der Gruppe 14.

I.4 Betrachtet man das Verhältnis gelungener zu gestörten Identifikationsfällen, so ergibt dies beim schizophrenen Formenkreis auf 1 gelungene 3 gestörte, beim meist depressiven Formenkreis ca. 7 gestörte, bei Psychopathien und Süchten 15 und bei den Neurosen 23 gestörte Identifikationsfälle.

Nun kann man auch die nicht verwertbaren Krankenberichte miteinbeziehen und kommt damit zu folgenden Ergebnissen:

I.5 Die Gruppe 16 ua. zeigt die geringste Rate an nicht verwertbaren Fällen, also den höchsten Absolutwert an gestörten Identifikationsverhältnissen, prozentual mit 59,7 % und zahlenmässig mit 83 Patienten. Es folgt die Gruppe 18 mit 50,5 %, Gruppe 15 mit 33,0 % und Gruppe 14 mit 28,1 % gestörten Identifikationen des Absolutwertes.

I.6 Bemerkenswert ist, dass die höchste Zahl von Krankenberichten ohne ausreichende Angaben bei den Patienten des cyclothymen Formenkreises vorliegen.

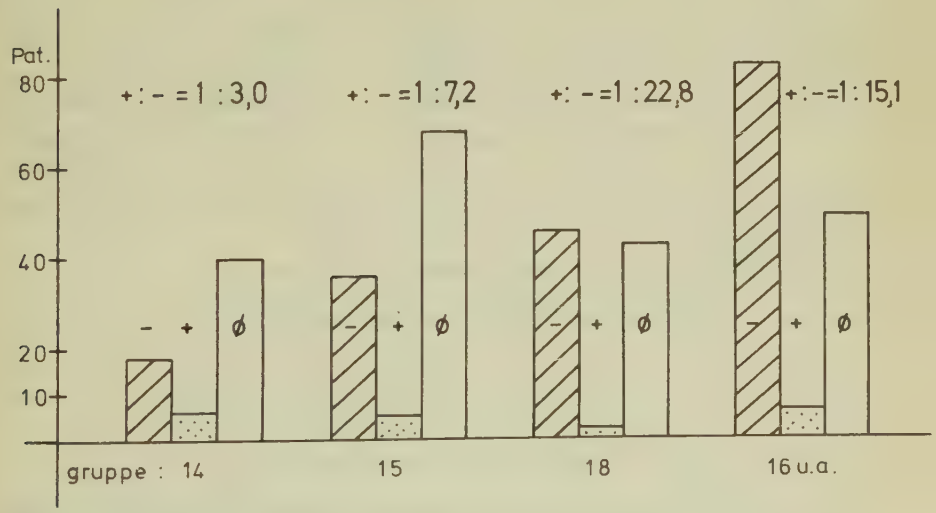

TABELLE 3

Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen bei männlichen, psychiatrischen Patienten

I.7 Die Aufschlüsselung der Gruppe 18, also der Gruppe mit dem ungünstigsten Verhältnis von gelungenen zu gestörten Identifikationsfällen, ergibt zunächst:

I.7.1 Angaben über gelungene Identifikationen waren allein bei den depressiven Neurosenstrukturen zu finden.

I.7.2 In abnehmender Reihenfolge zeigen die depressiven Strukturen auch die meisten gestörten Identifikationsfälle, dann die anankastischen, hysterischen und schizoiden Neurosenstrukturen

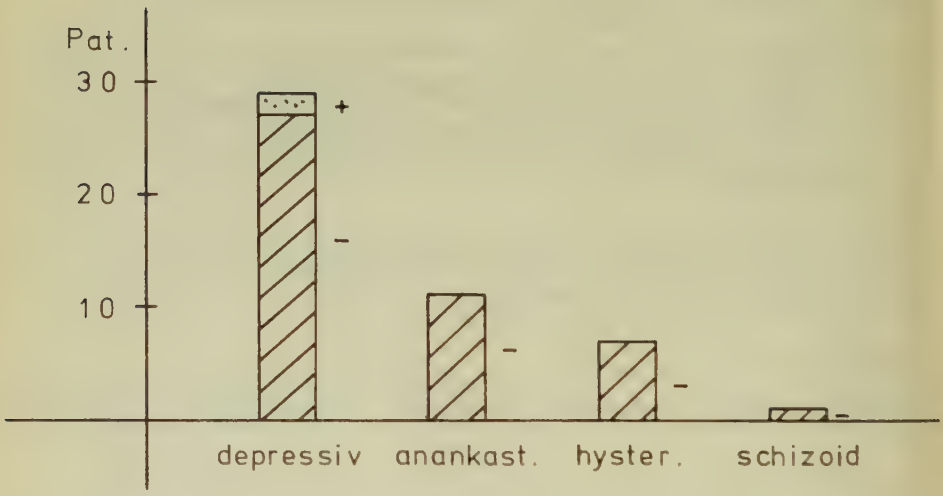

TABELLE 4

Aufschlüsselung der Gruppe 18 (männliche Patienten)

II. WEIBLICHE, PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Nehmen wir die gleichen Auswertungen bei den weiblichen Patienten vor, so lassen sich folgende Ergebnisse darstellen:

II.1 Von 485 psychiatrischen Patientinnen liegen bei 232 ausreichende Daten vor. Also bei 52,1 % keine ausreichenden Angaben, bei 9,1 % gelungene und bei 38,8 % gestörte Identifikationsverhältnisse!

Die Betrachtung der 232 verwertbaren weiblichen Fälle allein, liefert als zweite Kernaussage:

II.2 Bei 81,0 % der weiblichen Patienten, bei denen ausreichende Daten über die Identifikationsbedingungen zu ihrer Mutter vorlagen, handelte es sich um gestörte Identifikationsfälle und bei 19,0 % um gelungene!

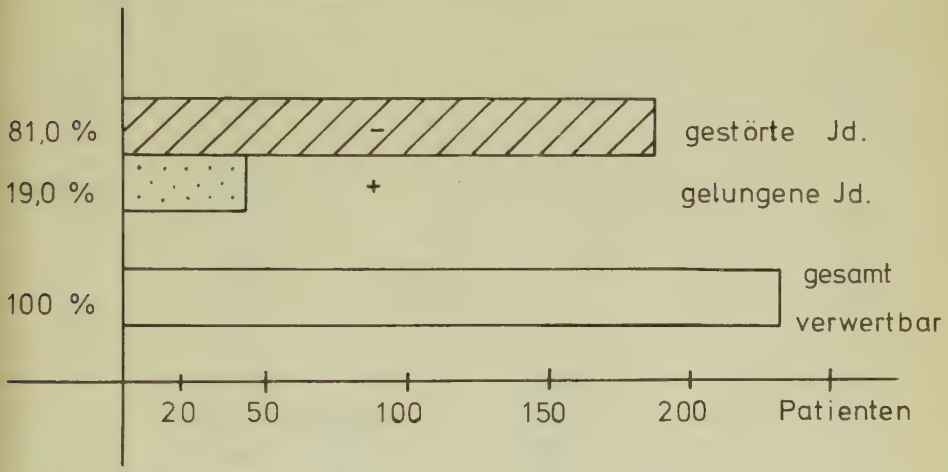

TABELLE 5

Verwertbarkeit und Identifikationsbedingungen bei weiblichen Patienten

Bei der Aufschlüsselung nach Krankheitsbildern gehen wir von den 232 verwertbaren Fällen aus und es ergibt sich:

II.3 Die höchste Rate an gestörten Identifikationen bei der Gruppe 16 u.a. mit 95,7 %, gefolgt von der Gruppe 14 mit 89,6 %, Gruppe 18 mit 80,9 % und Gruppe 15 mit 70,8 %.

II.4 Ins Verhältnis gesetzt, treffen auf 1 gelungenen Identifikationsfall bei den cyclothymen Patientinnen ca. 2,4 gestörte, bei den Neurotikerinnen ca. 4, bei den schizophrenen Formen ca. 9 und bei psychopathischen und süchtigen Patientinnen ca. 22 gestörte Identifikationsfälle.

II.5 Prozentual auf die Gesamtzahl jeweils einer Gruppe bezogen, zeigt den höchsten Wert die Gruppe 16 u.a. mit 60,3 % gestörten Identifikationen, dann die Gruppe 18 mit 45,1 %, Gruppe 14 mit 35,6 % und die Gruppe 15 mit 29,0 %.

II.6 Die Gruppe 15 enthält sowohl die höchsten Zahlen an gestörten Identifikationen mit 63 Fällen, wie an gelungenen mit 26 und auch an Krankenblättern ohne ausreichende Angaben mit 128.

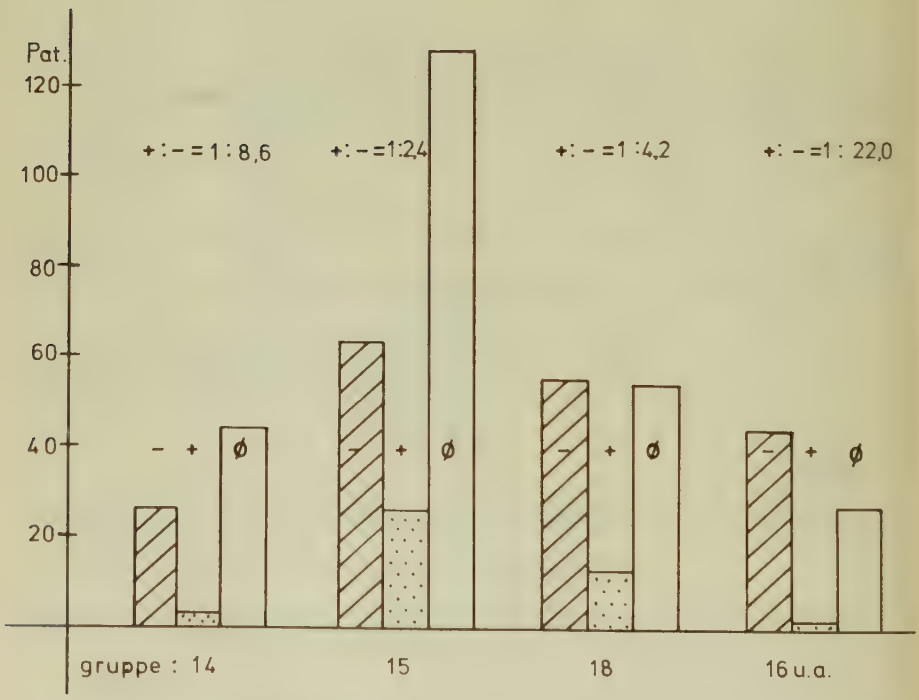

TABELLE 6

Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen bei weiblichen psychiatrischen Patienten

II.7 In der Tabelle 7 wurde die Gruppe 18 nach obigem Prinzip aufgeschlüsselt. Die vorwiegend depressiv strukturierten Neurotikerinnen machen dabei die Hälfte dieser Patientinnen aus und haben 44,0 % aller Fälle mit gestörter Identifikation, doch ist bei ihnen das Verhältnis gelungener zu gestörter Identifikation am ungünstigsten mit 1 : 7,5 gefolgt von der hysterischen, zwanghaften und schizoiden Patientengruppe.

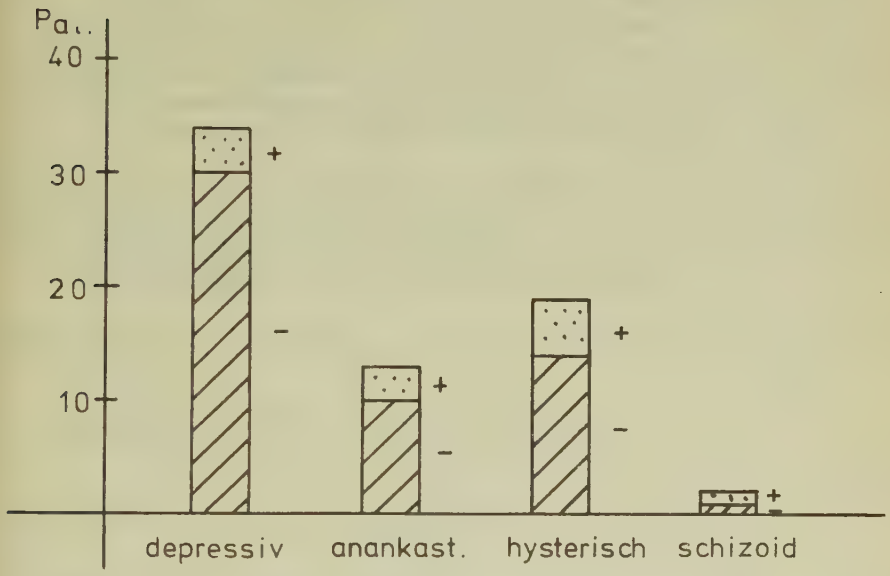

TABELLE 7

Aufschlüsselung der Gruppe 18 (weibliche Patienten)

III. VERGLEICHENDE BETRACHTUNG

III.1 Der Vergleich der Untersuchungsergebnisse männlicher und weiblicher Patienten zeigt bezüglich Tab.1 keine nennenswerten Unterschiede.

III.2 Dagegen liegt die Anzahl der gelungenen Identifikationen bei den

weiblichen Patienten um 10 % höher als bei den Männern. Von der Gesamtzahl der untersuchten Krankenberichte ausgehend, liegt die Rate der Patienten mit gestörter Identifikation bei den Männern um 7,3 % höher als bei den Frauen (siehe Tab. 2 und 5).

Geht man dem qualitativen Unterschied nach, so zeigen Tab. 3 und 6 folgendes:

III. 4. 1 Übereinstimmend hat die Patientengruppe 16 u. a. die höchste und etwa gleich hohe (bei männlichen 59,7 % und 60,3 % bei den weiblichen) Rate an gestörten Identifikationsfällen, desgleichen liegt der Prozentsatz der nicht ausreichenden Berichte hier am tiefsten.

III. 4. 2 Die zweithöchste Rate gestörter Fälle stellt noch übereinstimmend bei beiden Gruppen die Gruppe 18, während dann bei den Männern Gruppe 15 folgt und Gruppe 14 die niedrigste Angabenrate gestörter Identifikationen zeigt und bei den Frauen die Verhältnisse umgekehrt liegen.

III. 5 Unter dem Absolutwert betrachtet ergeben sich weitere Unterschiede:

III. 5. 1 Den grössten Anteil gelungener Identifikationen stellt bei den Männern die Gruppe 14, bei den Frauen Gruppe 15;

III. 5. 2 die weitere Reihenfolge bei den Männern Gruppe 15 - 16 u. a. - 18, bei den Frauen Gruppe 18 - 15 - 16 u. a.

III. 6 Vergleicht man schliesslich die Aufgliederungen der Gruppe 18, so stellt man bei den gestörten Fällen die Reihenfolge fest:

III. 6. 1 Männer: depressive - anankastische - hysterische - schizoide

III. 6. 2 Frauen: depressive - hysterische - anankastische - schizoide

Neurosenstruktur. Es übertreffen also bei den Patientinnen die Erkrankungsfälle der hysterisch-strukturierten Neurosen die Höhe der anankastischen Fälle.

IV. ERGEBNISSE BEI NEUROLOGISCHEN PATIENTEN

Es werden im weiteren die Ergebnisse der vergleichenden Untersuchung bei den neurologischen Patienten, d.h. bei einem unausgesuchten, "psychisch normalen" (= statistisch dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechenden) Untersuchungsgut ausgewertet.

IV.1 Von den 1222 untersuchten neurologischen Patienten waren 916 = 75,0 % Männer und 306 = 25,0 % Frauen.

Leider fanden sich jedoch bei 1097 = 89,8 % der Krankenberichte nicht genügend verwertbare Angaben, so dass sich die folgenden Ergebnisse auf 125 Patienten = 10,2 %, also eine im Vergleich zu den psychiatrischen Fällen, geringe Anzahl stützen muss.

IV.2 Die Tab.8 zeigt, dass die Krankenberichte der Frauen günstigere Auswertungen zuliessen, da wir hier fast doppelt so viele verwertbare Fälle, wie bei den Männern, zur Verfügung haben.

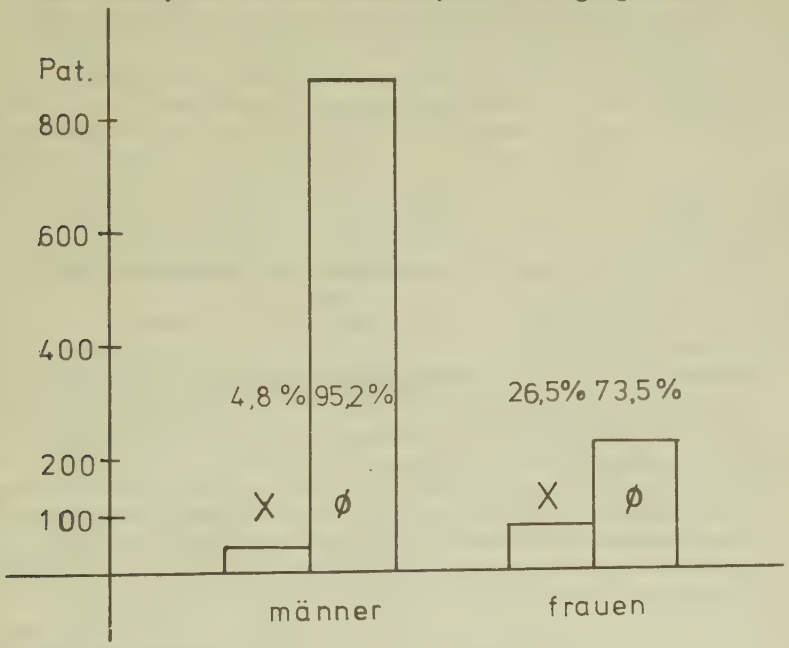

TABELLE 8

Verwertbarkeit der neurologischen Vergleichsfälle

IV.3 Die Auswertung, in Tab.9 dargestellt, zeigt ein eindeutiges Überwiegen der gelungenen Identifikationen über die gestörten. Bei den Männern ist das Verhältnis: 61,4 % gelungene zu 39,6 % gestörten, bei den Frauen: 67,9 % gelungene zu 32,1 % gestörten Fällen.

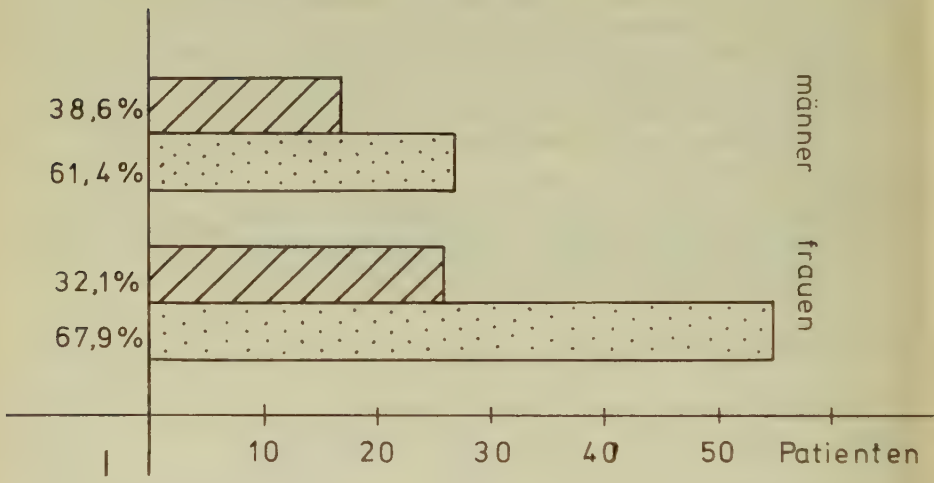

TABELLE 9

Identifikationsbedingungen der neurologischen Vergleichsgruppe

Um noch einmal darauf hinzuweisen: ca. 10 % der Fälle sind verwertbar und von diesem Anteil sind 65 % Frauen, wobei aber die gesamten Krankenberichte der Frauen nur 25 % aller untersuchten neurologischen Fälle ausmachen.

IV.4 Das gemittelte Ergebnis besagt also, dass von 125 psychisch durchschnittlichen Menschen ca. 65 % eine gelungene und 35 % eine gestörte Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil erlebten.

IV.5 Anzumerken bleibt, dass bei der Untersuchungsgruppe, die das grösste, verwertbare Ausgangsmaterial bildete, sich gegenüber der kleineren, die klare Tendenz eines noch günstigeren Verhältnisses von gelungenen zu gestörten Identifikationsfällen abzeichnet (siehe auch Tab.8).

VIERTER TEIL: INTERPRETATION

Nach Betrachten der Untersuchungsergebnisse müssen wir die Fragestellung dieser Arbeit folgendermassen beantworten:

Es liegt zweifellos eine Beziehung vor, zwischen dem späteren Schicksal eines Menschen und gestörten Identifkationsbedingungen zum gleichgeschlechtlichen Elternteil in der Kindheit.

Wie erklärt sich eine so auffallende Häufigkeit von Identifikationsstörungen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil bei psychisch erkrankten Menschen?

Zufälligkeit scheidet, allein aus zunächst rechnerischen Gründen, aus. Zudem ist es psycho-logisch nicht haltbar zu sagen, eine gestörte Identifikation in wichtigen seelischen Entwicklungsphasen und ein gestörtes psychisches So-Sein könnten zwei parallel-laufende Erscheinungen sein, ohne Einfluss aufeinander.

Von welcher Seite aber geht der Einfluss aus? Von Seiten der psychischen Abnormität auf den Identifizierungsvorgang oder von der Störung der Identifikation auf die später sichtbare psychische Abweichung?

Beides ist sicher möglich und kommt durchaus auch beim selben Fall in Betracht. Auch bei dieser Untersuchung sind einige Einzelfälle darunter, bei denen eine anlagemässige Abnormität der psychischen Funktionen eine normale Identifizierung unmöglich machte, doch die Zahl dieser Fälle ist sehr gering.

Im allgemeinen gilt, dass es sich um eine kausale Beziehung zwischen kindlicher Identifikationsstörung und neurotischem oder psychotischem Schicksal handelt.

Diese Antwort auf die ursprüngliche Fragestellung lässt sich begründen, wenn wir darüber hinausgehen, die Daten der Ergebnisse nur aufzuzählen, indem wir versuchen sie miteinander in Beziehung zu setzen und Gewichte richtig zu verteilen. D.h. wir wollen die psychodynamischen Gesichtspunkte, die wir bereits im Ersten Teil anführten, jetzt auf die Ergebnisse anwenden.

Beginnen wir mit den Aussagen 1.1., 2.1., 4.4., die besagen, dass, die Fälle ohne ausreichende Angaben mitbetrachtet, 14,5 % der psychiatrischen Patienten und 65 % der psychisch gesunden, hier neurologischen, Patienten eine gelungene Identifikation erlebten.

Hier sollte die Zahl 65 % nicht allzu genau genommen werden, da die Art der Anamnesenerhebung bei neurologischen Fällen bedingt, dass der Grossteil der eigentlich positiven Angaben nicht als für uns verwertbare Daten in die Krankenblätter gegangen, sondern lediglich mit der Bemerkung: normale, harmonische oder glückliche Familienverhältnisse, erwähnt wird.

Da also bei den neurologischen Patienten die negativ-auffälligen

Angaben eher festgehalten wurden, gibt der Vergleich der gestörten Identifikationsfälle die besseren Aufschlüsse.

Hier haben wir, wieder ausgehend von der Gesamtzahl der untersuchten Fälle, eine Häufigkeit gestörter Identifikationen von 3,5 % bei den neurologischen und 43 % bei psychiatrischen Patienten. Ausgehend von den verwertbaren Krankenblättern sieht das Verhältnis gestörter Identifikationsfälle so aus:

35 % bei neurologischen Patienten und
85,5 % bei psychiatrischen Patienten (s. 4.4, 1.1, 2.1).

Dabei ist noch auf die Tendenz der neurologischen Fälle zu verweisen, dass besser verwertbares Material einen deutlicheren Anstieg gelungener Identifikationen zeigt.

Als Ergebnis der Aufschlüsselungen (Tab.4 und 7) ergab sich, dass Identifikationsstörungen zwischen 75 % und 95 % gefunden wurden und zwar bei Psychopathie, Neurose und Psychose.

Bei weiblichen und männlichen Patienten liegen gemeinsam die Prozentzahlen der gestörten Fälle bei Psychosen (Gruppe 14 und 15) unter denen für Neurose und Psychopathie (s. 1.3 und 2.3).
Folgende Erklärungen sind möglich:

1. Die Identifikationsstörung übt einen geringeren ursächlichen Einfluss auf die psychotische Erkrankung aus, da hier die inneren Faktoren über die äusseren, strukturbildenden überwiegen.
2. Hier wird die Anamnese bei Patienten erhoben, die zum Teil im Denken und im Erleben der aktuellen Untersuchungssituation beeinträchtigt sind, so dass für Befragungen über doch komplizierte, lange zurückliegende Sachverhalte die nötige Mitarbeit nicht in genügendem Masse vorliegt. Bestätigend dafür ist, dass die Zahl der Krankenblätter ohne ausreichende Angaben bei Gruppe 14 und 15 am höchsten ist.
3. Nach analytischer Ansicht liegen die Fixierungsstellen der Psychosen so früh in den ersten Lebensjahren, dass allein durch rationale Befragung die tatsächlichen Lebensbedingungen dieser Altersstufe, die dem Patienten ja nicht bewusst erinnerlich sind, nicht ausreichend erhellt werden können.

Sicherlich bedingen alle drei Möglichkeiten gemeinsam den unterdurchschnittlichen Prozentsatz der gestörten Identifikationen bei Gruppe 14 und 15, doch ist im Einzelfall die Wertigkeit der Gründe eine verschiedene.

Unter dem genetischen Gesichtspunkt betrachtet, ist für die Gruppe der schizophrenen Patienten zu sagen: Die Fixierungsstellen liegen

1. auf der Stufe des primären Narzißmus, d.h. vor dem Dreimonatslächeln,
2. während der Phase der Dualunion,

3. bei der Lösung der Dualunion d.h. während der Differenzierung von Ich und Es. Dies bedeutet für den möglichen Einfluss einer gestörten Identifikation folgendes (siehe auch S. 8):

Es ist hier die primäre Identifikation, die gestört wird. Das Identifikationsobjekt während dieser Phase ist die Mutter oder Pflegemutter (auch für den Knaben!). Deshalb verwundert es nicht, dass bei den weiblichen Patienten die Quote der gestörten Identifikationen relativ hoch liegt bei 89,6 % und, dass bei den männlichen Patienten die geringste Quote, nämlich 75 % vorliegt, da ja bei den letzteren vor allem die Beziehung zum Vater untersucht wurde. Dass trotzdem ein Ergebnis von 75 % Fehlidentifikationen vorliegt, beweist, dass das ungünstige affektive Klima, die abnorme Rollenverteilung in der Familie auch hier sichtbar wird, ebenso wie der Umstand, dass frühere Störungen z.B. durch die Mutter im 1. Jahr spätere Störungen in der Bewältigung der ödipalen Situation nach sich ziehen.

Wie erklärt sich nun die Wirkung der gestörten primären Identifikation auf die seelische Entwicklung und wo wird dieser Einfluss im späteren Krankheitsbild wieder sichtbar?

Gestörte primäre Identifikation bedeutet gestörte Uridentifikation, kein stabiler Ich-Kern und weiter gestörtes Urvertrauen oder ständiges Misstrauen, was die Bereitschaft zur raschen Aufgabe von Objektbeziehungen mit sich bringt und zugleich erhöhte Abhängigkeit vom bedürfnisbefriedigenden Objekt bedeutet.

Gesamtgesehen ist die Folge der gestörten primären Identifikation ein anfälliges Ich, dessen Beziehungen zur Realität, zu Mitmenschen stets gefährdet sind. Bei Krankheitsausbruch wird daher, im Zuge der Regression auf die frühen Fixierungsstellen, in diesem Bereich, als dem schwächsten Punkt seiner Persönlichkeit, die Symptombildung vollzogen.

Bei den Patienten aus dem cyclothymen Formenkreis liegen die Fixierungspunkte während der oralen Phase, nach der Lösung der Dualunion, wo wir (siehe S. 8/9) die sekundäre Identifizierung mit Bildung der Vorläufer von Ich-Ideal und Über-Ich vorfinden.

Störungen der sekundären Identifikation führen deshalb einerseits zu einem nicht ausreichend differenzierten Ich-Ideal, woraus meist eine Abhängigkeit vom äusseren Idealobjekt resultiert. Andrerseits wird die Über-Ichbildung gestört und vor allem bleibt die Intregration beider Instanzen zum Über-Ich im weiteren Sinne aus, weshalb die charakteristische Symptomatik sich meist im Bereich der Auseinandersetzung von Über-Ich einerseits und Es und Ich andrerseits abspielt.

Bei den Frauen finden wir in dieser Gruppe 15 die weitaus höchste Absolutzahl an Erkrankungen (siehe 2.3), bei den Männern stehen sie an zweiter Stelle (s. 1.2).

Gemeinsam ist beiden die höchste Anzahl der gelungenen Identifikationen. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich in der Persönlichkeit

des Depressiven selbst.
Da handelt es sich vorwiegend um stark angepasste, nicht aufbegehrende Persönlichkeiten, die in ihrer Biographie viele unterwürfige, symbiotische Züge erkennen lassen. Eine derartige Person wird selbstverständlich zunächst die Beziehungen zu seinen Eltern als untadelig, die Eltern als streng, aber gerecht usw. hinstellen, was dann eben diese höhere Zahl gelungener Identifikationen ergibt, da es dem Untersucher in vielen Fällen nicht gelingt die tatsächlichen Beziehungen aufzudecken.

Gleiches gilt wieder für die Aussagen bei den Gruppen 18a, den depressiven Neurosen (s. 1.7.1 und 2.7).

Wollen wir in dieser relativ allgemeinen Form etwas über den Einfluss der Fehlidentifikation bei den Neurosen aussagen, so ergibt dies folgende Hinweise:

1. Handelt es sich um eine schizoide Neurosensymptomatik, so wird die entscheidende Störung während der Uridentifikation anzusetzen sein. Deshalb wieder der prozentual geringe Anteil (s. 2.7 und 1.7.2).
2. Liegt eine depressive Neurosenstruktur vor, so gilt bereits Gesagtes, bezüglich der Integrationsstörungen von Ich-Ideal und Über-Ich. Deshalb auch bei dieser Struktur bei den Männern, die einzigen Aussagen über gelungene Identifikationen (s. Tab.4) und bei den Frauen der zweithöchste Anteil (s. Tab.7).
3. Betrachten wir die Neurosen, die vorwiegend hysterisch geprägt sind, so sind vor allem die ödipale Situation, die unaufgelösten Ängste aus dem Kastrationskomplex beim Mann, die Haltungen der Frau, die nicht überwundener Penisneid bedingt (s. S. 9), zu untersuchen. Hier hat Fehlidentifikation vielerlei Einflussmöglichkeiten, die ganz deutlich das Nichtannehmen der eigenen Geschlechtsrolle zur Folge haben können.
4. Um aber über die letzte Gruppe, 16 u.a., in der Psychopathie, Sucht und Perversion zusammengefasst sind, nähere Aussagen zu machen, wäre zuerst der umstrittene Begriff Psychopathie zu diskutieren und dann zu begründen, wieso die Sucht hier eingegliedert ist, anstatt in der Gruppe: Neurosen mit vorwiegend oraler Problematik.

   Der Begriff Psychopathie wurde so verwendet wie im alltäglichen Gebrauch an dieser Klinik.

   Auffallend ist, dass bei dieser doch sehr inhomogenen Gruppe, die geringste Zahl an nicht verwertbaren Krankenberichten (36,5 %) und zugleich eine Zahl an gestörten Identifikationsfällen gefunden wurde, die weit über dem Durchschnitt liegt.

   Verantwortlich können wir hierfür machen, dass gerade bei dieser Gruppe hervortritt eine soziale Abweichung in der Rolle, die diese Individuen spielen, von der, die sie spielen sollten. Dies ist hervorstechend, egal ob wir bei den Psychopathien die Versager oder die

Soziopathen, ob wir die depravierten Alkoholiker oder die Drogensüchtigen und die sexuell Pervertierten betrachten. Die Gesellschaft ihrerseits ist nun nicht bereit,diese deutlichen Rollenabweichungen oder Beispiele von Widersetzen gegen die Forderungen der "Idealnormen" zu akzeptieren, vielleicht weil sie fürchten muss, dass ein allzu deutliches und generalisiertes Infragestellen für diese Normen gefährlich wäre. Ein etabliertes Gesellschaftssystem kann sich natürlicherweise nicht freiwillig zu grossen und plötzlichen Veränderungen seiner Normen bereitfinden.

In dieser Ähnlichkeit der Beziehungen der Individuen der Gruppe 16 u.a. zur Sozietät, liegt auch die Rechtfertigung, die verschiedenen Abweichungen in eine Gruppe zu fassen. Von dieser Seite lässt sich auch eine Interpretation geben, weshalb bei der Gruppe 16 u.a. die höchsten Prozentzahlen an Fehlidentifikationen vorliegen.

Der Einfluss der Störung liegt nicht hauptsächlich in den ganz frühen Phasen, sondern findet noch sehr prägende Wirksamkeit in Phasen, die über die ödipale hinausgehen, also in Latenzphase und Pubertät. Daraus resultiert: soziale Forderungen konnten schon in der Jugend nicht angenommen werden oder führten zu schweren Konflikten mit der übrigen Persönlichkeit. Dies aber ist der Erinnerung der Patienten und ihrer Angehörigen und damit der psychiatrischen Anamnese am leichtesten zugänglich, weshalb wir dann hier die deutlichsten negativen Angaben gefunden haben.

Wenn auch im Einzelfall das Gewicht mehr auf der Ichschwäche der Psychopathen oder auf der geringen Frustrationstoleranz der Süchtigen, auf dem schwachen oder überstarken Über-Ich, dem mangelhaften Ich-Ideal der Soziopathen oder den widersprüchlichen Geschlechtsidentitäten der Pervertierten liegt, so lässt sich doch fast überall der, seiner Aufgabe nicht gerechtgewordene, gleichgeschlechtliche Elternteil finden.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen also eine qualitative und länger wirksame Störung der kindlichen Identifizierungsvorgänge mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil als Mitursache für Neurosen, Psychopathien und Psychosen. Sie zeigen nicht, dass die Identifikationsstörung allein als hinreichende Ursache gelten könnte.

FÜNFTER TEIL

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Vorgang der Identifikation ist eine normal-psychische, unbewusste Handlung, deren sich jeder täglich in der zwischenmenschlichen Auseinandersetzung bedient.

Die Identifikation tritt auch als abnormes Geschehen auf. Dann widerspricht das Ergebnis solcher Identifikation dem realen Erleben der meisten Menschen, die deshalb dieselbe Identifikation nicht vollziehen könnten.

Weiter sind Identifikationsvorgänge wichtige Faktoren der geistig-seelischen Entwicklung des Individuums, da sie es möglich machen, ein Ich zu bilden, welches Beziehungen zu Objekten seiner Umwelt unterhalten kann.

Wesentlicher strukturbildender Faktor ist die Identifikation bei der Charakterentwicklung und vor allem bei der Findung der sexuellen und moralischen Identität.

Sicherlich gibt es noch andere Faktoren, ohne die eine Entwicklung zu gesundem Ich und Über-Ich nicht wäre, aber die gelungene Identifikation ist ein Faktor, ohne den diese Entwicklung nicht sein könnte. (Dies deutlich zu machen, wurde im Teil III der Einleitung versucht.)

Die vorliegenden Untersuchungen ergaben, dass bei Menschen mit einem neurotischen und psychotischen Schicksal Identifikationsstörungen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil in der Höhe von ca. 86 % der Fälle gefunden wurde.

Dies Ergebnis unterstreicht die Bedeutung gelungener Identifikationsvorgänge im Kleinkindes- und Kindesalter. Anders ausgedrückt: dies häufige Vorkommen gestörter Identifikationen erhärtet die Ansicht von der Mitverursachung psychischer Abnormität durch Identifikationsstörungen in der Kindheit.

Es ergaben sich einige Unterschiede zwischen den Ergebnissen bei Männern und Frauen, die wir mit den spezifischen Unterschieden in den Entwicklungsphasen zu erklären versuchten.

Führt die frühe Identifikationsstörung zu mangelhaftem Urvertrauen, so sind es die Strebungen in die Umwelt, die besonders gefährdet werden. Im Versagensfall zeigen sich Ich-funktionsstörungen derart, dass die Realität verzerrt, wahnhaft verkannt oder geleugnet wird, was etwa der schizoiden Verhaltensform entspricht. Von der schizophrenen Patientengruppe weisen 75 % der männlichen und 89,6 % der weiblichen Patienten gestörte Identifikationsbedingungen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil auf.

Wird die Bildung des Ich-Ideals und Über-Ichs gestört, so können

psychopathische, depressive oder zwangsneurotische Strukturen resultieren, je nach Art und Dauer der Störung und je nach anderweitiger Konstitution und Disposition. 87,8 % männliche, 70,8 % weibliche Patienten der depressiven Gruppe und 93,8 % männliche, 95,7 % weibliche Patienten aus der Gruppe Psychopathien, Süchte und Perversionen zeigen gestörte Identifikationsbedingungen.

Ist insbesondere während der ödipalen Phase die Findung der sexuellen Identität gehindert, so resultiert bei Hinzukommen späterer Hemmfaktoren in extremen Fällen eine Perversion, meist eine Neurose, die der männlichen und weiblichen, hysterischen Fehlhaltung entspricht. 95,8 % männliche und 80,9 % weibliche Patienten der Neurosengruppe zeigen gestörte Identifikationen.

Allgemein lässt sich formulieren: Es führt die Identifikationsstörung zu einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung. Das betroffene Individuum kann seine "soziale" Aufgabe nicht ausreichend erfüllen, im Sinne des gesellschaftskonformen Rollenspiels als Mann und Frau. Rückwirkend von Seiten der Gesellschaft wird sein innerer Konfliktstoff vermehrt und dies führt ihn bei Überbelastung in ein neurotisches Schicksal. Liegen imEinzelfall noch Störungen in anderen Persönlichkeitsbereichen im Sinne einer Ergänzungsreihe vor, so muss man der Identifikationsstörung als psychogenem Faktor für das Auftreten einer psychotischen Erkrankung ihren Stellenwert zuerkennen.

II. SCHLUSSBETRACHTUNGEN

Bewusst und aus Einsicht in die Notwendigkeit, haben wir im Teil III den rein statistischen und deskriptiv-psychiatrischen Gesichtspunkt verlassen und uns des dynamischen Aspektes bedient, da auch er es zur Zeit ist, der weiterhilft pathogenetische Erkenntnisse zu gewinnen.

Folgerichtig mussten wir damit die Meinung Kurt Schneiders verlassen, der zwar auch von multifaktorieller Genese spricht, aber dennoch eindeutig das Primat und die Unabdingbarkeit einem organischen Faktor zuweist: "Krankheit selbst gibt es nur im Leiblichen ....." und weiter "Neurosen, ..., wachsen immer auf anlagemässig abnormen, psychopathischen Persönlichkeiten, ..". Dafür haben wir uns den psycho-logischen, d.h. genetischen, dynamischen und strukturellen Bedingungen psychischer Abnormität zugewandt.

In diesem Sinne stellt die Identifikation eine einzelne Bedingung

dar, die wir hervorgehoben haben, gegenwärtig, dass wir damit eine Isolierung eigentlich integrierter Bedingungen vornehmen und der Gefahr einer Überbewertung ausgesetzt sind.

Dennoch führen uns die vorliegenden Ergebnisse zu ärztlichen Überlegungen im Sinne einer vorbeugenden Psychohygiene in der Klein- und Grossfamilie, ebenso in Waisenhäusern, Schulen und sog. Erziehungsheimen. Es ergeben sich von unserem Aspekt her Forderungen, die auf die Schaffung besserer Verhältnisse für eine gelungene Identifikation im Kindesalter abzielen:

1. Es muss ein konstantes Identifikationsobjekt für das Kind zur Verfügung stehen.
2. Das gleichgeschlechtliche Identifikationsobjekt soll in der Rolle, die die Gesellschaft seinem Geschlecht zuschreibt, gefestigt sein.
3. In Fällen, in denen das entsprechende Identifikationsobjekt selbst psychotische, neurotische oder psychopathische Verhaltensformen zeigt, sind Massnahmen nötig um dem Kind geeignetere Objekte anzubieten und den Kontakt mit der erkrankten Person so minimal wie möglich zu halten.
4. Es ist ein derartiges emotionelles Klima in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Familienmitglieder anzustreben, dass ausreichende Identifikationen vorgenommen werden können.
5. Es sollte innerhalb der Gesellschaft das Bemühen vorliegen, solche Gesellschaftsnormen zu schaffen, die nicht selbst wieder konfliktschaffend sein müssen, weil diese Normen überhöht oder nur traditionsbedingt (d.h. z.B.: weitgehend unangepasst an die Realität des Arbeitslebens gestaltet sind) und damit über eine Verunsicherung der familienspezifischen Rolle eine Gefährdung der Identifizierungsmöglichkeiten der Kinder herbeiführen.

III. ANHANG

Zur Methode: Diagnoseunterteilung

A. Gruppe 14 = schizophrener Formenkreis
   a) vorwiegend paranoide (halluzinatorische) Form
   b) vorwiegend hebephrene Form
   c) vorwiegend katatone Form
   d) einfache symptomatische Form
   e) pseudoneurotische Form

B. Gruppe 15 = cyclothymer Formenkreis
   a) bipolare Form = depressiv und manisch
   b) monopolare Form = depressive Phase
   c) monopolare Form = manische Phase
   d) atypische cycloide Psychosen
   e) endoreaktive Form

C. Gruppe 16 u.a.
   a) Psychopathien: Psychopathische Versager
      psychopathische Verbrecher
   b) Süchte: Alkohol,
      Tabletten, Rauschgifte
   c) sexuelle Perversionen

D. Gruppe 18 = Neurosen
   a) depressive Neurosenstruktur
   b) anankastische Neurosenstruktur
   c) hysterische Neurosenstruktur
   d) schizoide Neurosenstruktur

Zum Ergebnis:

Tabelle 1: psychiatrische Patienten

	Männer	Frauen	gesamt
verwertbar	202 = 50,2 %	232 = 47,9 %	434 = 48,9 %
nicht verwertbar	201 = 49,8 %	253 = 52,1 %	454 = 51,1 %
insgesamt	403 Patienten	485 Patienten	888 Patienten

Tabelle 2: männliche, psychiatrische Patienten

gestörte Identifikation	183 Patienten =	90,6 %
gelungene Identifikation	19 Patienten =	9,4 %
insgesamt	202 Patienten =	100 %

Tabelle 3: Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen

Gruppe	14	15	18	16 u.a.
gestörte Identifikation	18	36	46	83
gelungene Identifikation	6	5	2	6
nicht verwertbar	40	68	43	50
Verhältnis + : -	1 : 3	1 : 7,2	1 : 22,8	1 : 15,1
	64	109	91	139

Tabelle 4: Aufschlüsselung der Gruppe 18, männlich

Neurosenstruktur	depressiv	anankast.	hysterisch	schizoid
gestörte Identifikation	27	11	7	1
gelungene Identifikation	2	-	-	-

Tabelle 5: weibliche, psychiatrische Patienten

gestörte Identifikation	188 Patienten =	81 %
gelungene Identifikation	44 Patienten =	19 %
insgesamt	232 Patienten =	100 %

Tabelle 6: Aufschlüsselung nach Krankheitsgruppen

Gruppe	14	15	18	16 u.a.
gestörte Idenfifikation	26	63	55	44
gelungene Identifikation	3	26	13	2
nicht verwertbar	44	128	54	27
insgesamt	73	217	122	73
Verhältnis + : -	1 : 8,6	1 : 2,4	1 : 4,2	1 : 22

Tabelle 7: Aufschlüsselung der Gruppe 18, weiblich

Neurosenstruktur	depressiv	anankast.	hysterisch	schizoid
gestörte Identifikation	30 = 44,1 %	10 = 14,7 %	14 = 20,6 %	1 = 1,5 %
gelungene Identifikation	4 = 5,9 %	3 = 4,4 %	5 = 7,3 %	1 = 1,5 %

Tabelle 8: neurologische Patienten, Verwertbarkeit der Fälle

	Männer	Frauen	gesamt
verwertbar	44 = 4,8 %	81 = 26,5 %	125
nicht verwertbar	872 = 95,2 %	225 = 73,5 %	1097
insgesamt	916	306	

Tabelle 9: Identifikationsbedingungen der neurologischen Patienten

	Männer	Frauen
gestörte Identifikation	17 = 38,6 %	26 = 32,1 %
gelungene Identifikation	27 = 61,4 %	55 = 67,9 %

IV. LITERATURVERZEICHNIS

BLEULER, Eugen
Lehrbuch der Psychiatrie.
10. Auflage von Manfred Bleuler,
Springer Verlag, 1966

BOWLBY, John Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung.
Psyche 1959-60, S. 415

DIETRICH, Heinz
Psychiatrie in Stichworten.
Stuttgart, Enke Verlag 1969

EPPEL, Hedda Über Identifizierung.
Psyche 1965, Heft 9, S. 516-536

ERIKSON, Erik H.
Kindheit und Gesellschaft.
3. Auflage, Stuttgart, Klett Verlag 1968

FENICHEL, O. Die Identifizierung.
Int. Zschr. f. Psychoanalyse 1926, 12

FREUD, Anna Das Ich und die Abwehrmechanismen.
London, Imago-Publishing Co. Ltd. 1954

FREUD, Sigmund
Gesammelte Werke.
Die Traumdeutung, G. W. Bd. II 1900

Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
G. W. Bd. V 1905

Vorlesung zur Einführung der Psychoanalyse
G. W. Bd. XI 1917

Kurzer Abriss der Psychoanalyse
G. W. Bd. XIII 1928

Hartmann, Hans
Ich-Psychologie und Anpassungsproblem.
Stuttgart, Klett Verlag 1960

KIND, Hans Welche Faktoren stützen heute eine psychogenetische
Theorie der Schizophrenie.
Psyche 1965, Heft 3, S. 188-218

KUIPER, P. C. Die seelischen Krankheiten des Menschen.
Psychoanalytische Neurosenlehre.
Huber Verlag, Bern 1968

LAMPL-DE GROOT, J.
Ich-Ideal und Über-Ich.
Psyche 1963-64, Heft 6, S. 321

Symptombildung und Charakterbildung.
Psyche 1963, Heft 1, S. 1

LINDINGER, Helge
Zur Frage der neurotischen Fixierungen in der Vorentwicklung schizophrener Psychosen.
Psyche 64, 6, S. 333

LOCH, Wolfgang
Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.
Hirzel Verlag, Stuttgart, 1967

Zur Struktur und Theorie schizophrener Psychosen aus psychoanalytischer Perspektive.
Psyche 1965, 3, S. 172-188

MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, C.
Die erste Objektbeziehung des Mädchens in ihrer Bedeutung für Penisneid und Weiblichkeit.
Int. Zschr. f. Psychoanalyse 1936, 2

NEUMANN, Erich
Das Kind. Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit.
Rhein Verlag, Zürich 1963

NUNBERG, H. Allgemeine Neurosenlehre.
Huber Verlag, Bern 1959

RANGELL, Leo
Die frühen psychischen Funktionen im Licht der Psychoanalyse.
Psyche 63, 7, S. 401

SCHNEIDER, Kurt
Klinische Psychopathologie. 8. Auflage.
Thieme Verlag, Stuttgart 1967

SANDLER, J. Zum Begriff des Über-ICH. Teil I + II.
Psyche 1965, 7, S. 721

SCHULTZ-HENCKE, H.
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Stuttgart, Thieme, 1951

SPITZ, René A.

Nein und Ja.
Psyche Beiheft 7

Die Entstehung der ersten Objektbeziehung.
Stuttgart, Klett Verlag 1957

Vom Säugling zum Kleinkind.
Stuttgart, Klett Verlag 1967

SMYTHIES, J.R.

Biologische Psychiatrie.
Stuttgart, Thieme Verlag 1970

Herrn Prof. Dr. Heinz Dietrich möchte ich für die Überlassung dieses Themas und seine bereitwilligen Anregungen besonders herzlich Dank aussprechen.

Frau Wolf danke ich für viele nützliche Ratschläge.

LEBENSLAUF

Am 20.11.1944 wurde ich als Sohn des Wilhelm Gelzleichter und seiner Ehefrau Anneliese, geb. Lutzeyer, in Ellwangen a.d. Jagst geboren.

Von 1955 bis 1964 besuchte ich das ehem. Neue Realgymnasium in München und begann 1965 mein Medizinstudium.

1966 bestand ich das Vorphysikum und 1967 das Physikum. 1970 legte ich in München das medizinische Staatsexamen ab.